

SARL NÉPHROLOGIE DIALYSE SAINT GUILHEM

PROJET D'ÉTABLISSEMENT

NEPHROLOGIE DIALYSE
SAINT GUILHEM



JANVIER 2018

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION..... | 3 |
| FICHE D'IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT | 3 |
| PRESENTATION GENERALE | 4 |
| LE PROJET MEDICAL..... | 6 |
| LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES, OBJECTIFS GENERAUX ET PRIORITES :..... | 6 |
| LES OBJECTIFS OPERATIONNELS, PROJETS ET PROGRAMMES : | 6 |
| LE PROJET DE SOINS INFIRMIERS | 11 |
| ORGANISATION DU SERVICE DE SOINS INFIRMIER : | 11 |
| LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES, OBJECTIFS GENERAUX ET PRIORITES : | 14 |
| LES OBJECTIFS OPERATIONNELS, PROJETS ET PROGRAMMES : | 14 |
| LE PROJET DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE | 21 |
| LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES, OBJECTIFS GENERAUX ET PRIORITES :..... | 21 |
| LES OBJECTIFS OPERATIONNELS, PROJETS ET PROGRAMMES : | 22 |
| LE PROJET QUALITE ET GESTION DES RISQUES..... | 26 |
| INTRODUCTION – HISTORIQUE : | 26 |
| LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES, OBJECTIFS GENERAUX ET PRIORITES :..... | 27 |
| LES OBJECTIFS OPERATIONNELS, PROJETS ET PROGRAMMES : | 27 |
| LE PROJET DEVELOPPEMENT DURABLE | 29 |
| LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES, OBJECTIFS GENERAUX ET PRIORITES :..... | 29 |
| LES OBJECTIFS OPERATIONNELS, PROJETS ET PROGRAMMES : | 30 |
| LE PROJET SOCIAL – QUALITE DE VIE AU TRAVAIL | 34 |
| LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES, OBJECTIFS GENERAUX ET PRIORITES :..... | 34 |
| LES OBJECTIFS OPERATIONNELS, PROJETS ET PROGRAMMES : | 34 |
| LE PROJET SYSTEME D'INFORMATION ET COMMUNICATION | 38 |
| LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES, OBJECTIFS GENERAUX ET PRIORITES :..... | 38 |
| LES OBJECTIFS OPERATIONNELS, PROJETS ET PROGRAMMES : | 38 |
| LE PROJET LOGISTIQUE..... | 42 |
| LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES, OBJECTIFS GENERAUX ET PRIORITES :..... | 42 |
| LES OBJECTIFS OPERATIONNELS, PROJETS ET PROGRAMMES : | 42 |
| LE PROJET BUDGETAIRE ET FINANCIER..... | 43 |
| LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES, OBJECTIFS GENERAUX ET PRIORITES :..... | 43 |
| LES OBJECTIFS OPERATIONNELS, PROJETS ET PROGRAMMES : | 43 |
| CONCLUSION..... | 44 |

INTRODUCTION

Le Projet d'Etablissement, conformément à l'article L.6143-2 du Code de la Santé Publique, définit la politique générale de l'établissement, ses orientations stratégiques. Il est établi pour une durée maximale de 5 ans. Il présente, entre autres, les objectifs de l'établissement compatibles avec ceux du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS).

De plus, les objectifs visés par le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) sont également intégrés dans le Projet d'Etablissement :

- Accessibilité : Permettre à tous d'accéder au système de santé, notamment du point de vue financier et géographique, dans un souci de réduction des inégalités de santé ;
- Efficiency et évitabilité : Rechercher le meilleur niveau de qualité de la prise en charge, au meilleur coût est le plus sûr moyen de préconiser une offre de soins efficace ;
- Participation à l'organisation des filières de soins.

Le Projet d'Etablissement est constitué d'un ensemble de différents projets dont le principal est le Projet Médical qui est considéré comme le socle du Projet d'Etablissement.

Ce Projet d'Etablissement a donc pour objet de présenter la politique générale et les différentes orientations stratégiques de la SA Néphrologie Dialyse Saint Guilhem.

Ces orientations ont été définies suite à l'évaluation du précédent Projet d'Etablissement de NDSG et en prenant compte les bilans et rapports annuels des instances de l'établissement (CDU, COPIL-QGR, etc...)

FICHE D'IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT

LA SA NEPHROLOGIE DIALYSE SAINT GUILHEM

Structure gestionnaire du Centre de Dialyse Saint Guilhem - Bassin de Thau (CDSG) et de l'Unité d'Auto-Dialyse Saint Guilhem – Pays d'Agde (UADSG).

N° FINESS : 34 000 94 89

N° SIRET : 444 235 246 00014

Siège social : Boulevard Camille Blanc, CS 40339, 34204 SETE Cedex.

Conseil d'Administration : Angel ARGILES, Marie-Françoise SERVEL et Jean Paul ORTIZ.

LE CENTRE DE DIALYSE SAINT GUILHEM - BASSIN DE THAU

59, boulevard Camille Blanc, CS 40339, 34204 SETE Cedex,

Adjacent et en communication directe avec l'Hôpital Saint Clair.

N° FINESS : 34 0009539.

N° SIRET : 444 235 246 00022

Ouverture le 15 décembre 2003.

L'UNITE D'AUTO-DIALYSE SAINT GUILHEM – PAYS D'AGDE

26 Bis, rue Raymond Aris, 34300 AGDE.

N° FINESS : 34 00017292.

N° SIRET : 444 235 246 00030.

Ouverture le 17 mars 2008.

PRESENTATION GENERALE

L'activité de la SA Néphrologie Dialyse Saint Guilhem (NDSG) est le traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale par la pratique de l'épuration extra-rénale en centre lourd à Sète (CDSG) et en unité d'autodialyse à Agde (UADSG).

Une large activité de consultations néphrologiques assurant le dépistage des maladies rénales, leur prise en charge, et la prévention de la progression de l'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) y est également organisée.

Par ailleurs, afin de répondre à un besoin de santé publique en augmentant sa capacité de prise en charge, NDSG a transféré son activité du CDSG dans un nouveau bâtiment depuis le 1^{er} février 2016.

LE PROJET D'ETABLISSEMENT

Avant tout, NDSG s'engage à respecter les droits des usagers tels que présentés dans la charte de la personne hospitalisée :

1. Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.
2. Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.
3. L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.
4. Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.
5. Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.

6. Une personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son accord est donné par écrit. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.
7. La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.
8. La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.
9. Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.
10. La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.
11. La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

Par ailleurs le Projet d'Etablissement de NDSG répond également aux objectifs du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) de la région Languedoc-Roussillon pour l'activité de traitement de l'Insuffisance Rénale Chronique.

Les principes retenus dans le SROS sont :

- L'accessibilité : La prise en charge à domicile et le suivi des greffés.
- La qualité-pertinence : L'accessibilité à tous les modes de traitement et le suivi épidémiologique par le registre REIN.
- La performance : Le développement de la greffe rénale.
- L'évitabilité : La prévention, le dépistage et l'éducation thérapeutique.

LE PROJET MÉDICAL

Le projet médical de NDSG s'inscrit à la fois dans la continuité de l'activité médicale mise en place depuis l'ouverture du centre de Sète et dans la mise en place de nouveaux objectifs concourants à une meilleure offre de soins et une amélioration de la prise en charge des patients insuffisants rénaux. Le patient reste toujours au centre des préoccupations de l'équipe médicale de NDSG. L'adaptation de l'offre de soins de NDSG aux besoins du territoire est l'objectif prioritaire des médecins de l'établissement.

Ce projet médical est basé sur :

- Les objectifs généraux du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire du Languedoc Roussillon et plus particulièrement aux objectifs définis dans son volet sur l'Insuffisance Rénale Chronique.
- Les objectifs identifiés dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) signé avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) le 4 juillet 2013.
- Les données démographiques de l'INSEE.
- Les données du registre REIN (Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie).
- La file active des patients suivis régulièrement en consultation de néphrologie sur les deux sites de l'établissement à Sète et Agde.

LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES, OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET PRIORITES :

1. PROPOSER UNE OFFRE DE SOINS DIVERSIFIÉE.
2. GARANTIR LE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS.
3. ASSURER UNE PRISE EN CHARGE RÉPONDANT AUX OBJECTIFS DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ DES SOINS.
4. DÉPISTER L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE, PRÉVENIR SA PROGRESSION ET PROMOUVOIR L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE.
5. ORGANISER UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE.
6. PARTICIPER À LA FORMATION DES PROFESSIONNELS ET A LA RECHERCHE BIOMÉDICALE.

LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS, PROJETS ET PROGRAMMES :

1. PROPOSER UNE OFFRE DE SOINS DIVERSIFIÉE :

Les modalités de traitement de l'IRC terminale sont diverses : hémodialyse en centre, en unité de dialyse médicalisée, en auto-dialyse, à domicile, en Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire (DPCA) ou en Dialyse Péritonéale Automatisée (DPA).

L'équipe médicale de NDSG souhaite continuer à **proposer ces différentes techniques**, en propre ou en partenariat, pour offrir au patient la modalité de dialyse la mieux adaptée à son état de santé et à son souhait.

Cette offre de soins tend également à répondre aux **objectifs de proximité géographique et d'accessibilité sociale**.

NDSG propose et continuera de proposer une offre variée de soins accessibles à tous. En effet, l'accessibilité sociale se matérialise par la **prise en charge de tous les patients quels que soient leur situation socio-économique, leur handicap et leur degré de dépendance**.

L'établissement propose en propre à ses patients plusieurs modalités de traitement :

- L'hémodialyse en centre lourd à Sète ;
- L'hémodialyse en unité d'autodialyse à Agde.

Les médecins néphrologues sont chargés de l'orientation thérapeutique des patients vers la technique la plus adaptée en fonction de leur réflexion bénéfique risqué, en privilégiant le respect des bonnes pratiques, les techniques de dialyse hors centre (autodialyse et dialyse à domicile).

Ainsi, l'équipe médicale souhaite **développer la prise en charge de patients en autodialyse à Agde** grâce aux séances d'entraînement réalisées au sein du centre lourd à Sète. Ces séances de dialyse d'entraînement permettent d'éduquer les patients à l'autonomie nécessaire à cette modalité de traitement non médicalisée.

D'autres techniques de dialyse dites « hors centre » (hémodialyse à domicile et dialyse péritonéale) sont proposées et réalisées en collaboration avec l'association AIDER ; cette collaboration est définie par convention entre les deux établissements.

Par ailleurs, les médecins néphrologues de l'établissement souhaitent persévérer dans leur mission de **proposition, d'encouragement et d'accompagnement des patients à l'inscription sur liste d'attente de transplantation rénale** lorsque cette solution est envisageable médicalement.

2. GARANTIR LE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS :

L'équipe médicale de NDSG positionne **les droits du patient** au centre de ses pratiques et participe à la promotion du **respect de la Charte du Patient Hospitalisé**.

En effet, les médecins néphrologues sont parties prenantes :

- de la **prise en charge de la douleur** ;
- de la **promotion de la bientraitance** ;
- du **respect de la dignité et de l'intimité** du patient ;
- du **respect de la confidentialité** ;
- du **respect des libertés individuelles** et de la gestion des mesures de restriction de liberté ;
- de la **prise en charge des patients en fin de vie**.

Par ailleurs, l'équipe médicale encourage **l'implication des usagers, de leurs représentants** et des associations à la vie de l'établissement.

3. ASSURER UNE PRISE EN CHARGE RÉPONDANT AUX OBJECTIFS DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ DES SOINS :

La priorité est bien évidemment donnée au **respect de l'ensemble de la réglementation et des règles de bonnes pratiques spécifiques** à l'activité de l'établissement, garantissant **la qualité et la sécurité de la prise en charge**.

L'ensemble des médecins néphrologues poursuit son implication au sein de la **CME** qui pilote la démarche **d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins** mise en place au sein de l'établissement depuis l'ouverture du centre à Sète en validant :

- le programme annuel Qualité et Gestion des Risques par processus et son bilan ;
- les programmes et bilans de chaque instance ;
- les thèmes et le tableau de bord des EPP, les staffs EPP ;
- la politique de sécurisation du circuit du médicament ;
- le prévisionnel d'activité de l'établissement ;
- les indicateurs et tableaux de bord de suivi (indicateurs internes et nationaux).
- le bilan des différents processus intégrant le bilan des fiches d'événements indésirables et des retours d'expérience ;
- le suivi infectieux annuel au travers du bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales ;
- le bilan annuel des différentes vigilances.

Ainsi, les médecins néphrologues sont associés et continueront de **participer** :

- à **l'élaboration ou à la révision des protocoles** de soins et d'hygiène, des protocoles médicaux et techniques qu'ils valident.
- aux **instances** mises en place au sein de l'établissement : la CME et ses sous-instances (CLIN, COMEDIMS, CLUD, Comité Ethique, Commission EPP, DIM, CLAN), le CSTH.
- aux **groupes de travail**, au **Comité de Pilotage Qualité et Gestion des Risques**, ainsi qu'aux **EPP**.
- au développement de **l'éducation thérapeutique**.
- au dépistage de la **dénutrition**.
- à la promotion **du respect des droits des patients** via la CDU.
- à la **réflexion éthique** en partenariat avec les hôpitaux du Bassin de Thau et grâce à l'adhésion de NDSG au réseau Espace Ethique Occitanie.
- à la démarche de Certification au travers de l'analyse des processus dont les médecins sont pilotes ou co-pilotes notamment pour les processus tels que le parcours patient, la prise en charge de la douleur, la prise en charge et les droits des patients en fin de vie et le management du risque infectieux.

4. DÉPISTER L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE, PRÉVENIR SA PROGRESSION ET PROMOUVOIR L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE :

Les médecins néphrologues de l'établissement souhaitent faire perdurer leur contribution **au dépistage de l'IRC**. Ce dépistage est le meilleur outil pour pouvoir appliquer les mesures reconnues **prévenant la progression de l'IRC**. Cette prise en charge permet au patient de repousser de façon significative l'échéance difficile de l'épuration extra-rénale. Par ailleurs elle permet de mettre en place une politique **d'éducation thérapeutique** qui va augmenter à la fois la **qualité et l'efficacité de la prise en charge**.

Ces mesures de **prévention** ont pour objectif d'apporter un bénéfice pour le patient à titre individuel et un impact positif au niveau de la santé publique.

Ainsi, les médecins néphrologues souhaitent **maintenir les consultations de néphrologie** générale et préventive organisées au sein de l'établissement à Sète et Agde et au sein du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Montpellier pour offrir aux habitants des territoires de Sète, Agde et de Montpellier un suivi médical spécialisé des maladies rénales.

Ces consultations permettent également de **renforcer les relations avec les médecins généralistes** de ces territoires.

La prévention et l'éducation thérapeutique de l'IRC requièrent la **délivrance d'une information claire aux patients par une équipe pluridisciplinaire** de l'établissement.

L'équipe médicale a donc pour objectif de **soutenir et de participer au développement de la démarche d'éducation thérapeutique** des patients insuffisants rénaux pris en charge dans l'établissement.

5. ORGANISER UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE :

L'équipe médicale de NDSG entend poursuivre de façon prioritaire la **prise en charge globale du patient**, facteur essentiel de **continuité et de cohérence** dans les décisions médicales et les soins. Cette prise en charge globale, outre la dialyse, inclut la réalisation et la surveillance des abords vasculaires, les services d'hospitalisation, les consultations de spécialistes, etc...

L'objectif est donc la poursuite et le développement des **relations avec les établissements partenaires et complémentaires** ainsi que **l'appartenance et la participation à des réseaux de santé**.

En effet, l'établissement **coopère avec plusieurs établissements ou réseaux de santé :**

- L'activité médicale de NDSG s'articule de façon privilégiée avec celle des Hôpitaux du Bassin de Thau. Une convention de coopération médicale a été signée en ce sens en décembre 2003 lors de l'ouverture du CDSG à Sète.
- Une collaboration étroite avec le CHU de Montpellier et en particulier avec ses services de néphrologie fait également l'objet d'une convention de collaboration médicale.
- Une convention de collaboration a aussi été signée avec l'Association AIDER pour la prise en charge des patients insuffisants rénaux par des techniques dites « hors centre ».
- L'établissement participe au recueil des données qui alimentent le registre REIN (Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie).
- Etc...

L'équipe médicale s'engage donc à **poursuivre, entretenir et pérenniser ses coopérations médicales** primordiales pour la **prise en charge globale des patients**, mais également à en **développer et formaliser** de nouvelles avec d'autres établissements partenaires ou réseaux de santé.

6. PARTICIPER À LA FORMATION DES PROFESSIONNELS ET A LA RECHERCHE BIOMÉDICALE :

L'établissement et son équipe médicale souhaitent maintenir leurs participations à la **formation sur l'IRC des professionnels de santé** que sont les étudiants des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et les médecins généralistes.

En effet, les médecins néphrologues, le pharmacien et l'encadrement des soins de l'établissement interviennent à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) des Hôpitaux du Bassin de Thau dans le cadre des cours sur l'IRC.

L'établissement accueille aussi en stage des étudiants de l'IFSI au sein du CDSG à Sète.

Les médecins néphrologues de l'établissement souhaitent également poursuivre leur implication dans la réalisation du **plan de formation interne** de l'établissement notamment à destination du personnel soignant.

Par ailleurs, NDSG souhaite reconduire sa participation à des **études de recherche biomédicales** dans le cadre de la collaboration avec la société de recherche et développement RD Néphrologie dirigée par l'un des médecins néphrologue de l'établissement. Les médecins de NDSG participent ainsi de façon active à l'évaluation des techniques de dialyse dans une démarche d'amélioration de la qualité des traitements.

LE PROJET DE SOINS INFIRMIERS

Le Projet de Soins Infirmiers intégré au Projet d'Établissement de la structure s'inscrit dans sa volonté déjà affirmée, **d'améliorer la prestation rendue quotidiennement aux personnes soignées, d'assurer la sécurité des patients, du personnel et de promouvoir la qualité dans sa globalité.**

Il s'inscrit dans la volonté de l'équipe de soins de fournir une **prise en charge globale** au patient insuffisant rénal chronique.

Ce projet sert de cadre de référence, nécessaire pour donner un sens aux actions mises en place pour une meilleure prise en charge du patient.

Les éléments de ce projet sont construits dans le cadre légal des compétences des infirmiers(ières). Chacun d'entre eux s'engage, s'implique et se responsabilise pour jouer le rôle qu'il doit tenir dans ce projet.

La mobilisation d'énergies individuelles autour d'ambitions communes permettra d'accéder à une meilleure qualité et sécurité de prise en charge des patients.

Le Projet de Soins Infirmiers définit la politique que le service de soins infirmiers va développer pour les 5 ans à venir, **afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins ainsi que la qualité de vie des patients dialysés.**

Il réaffirme les soins infirmiers en tant que réponses spécifiques de nature technique, relationnelle et éducative apportées par les paramédicaux aux patients.

Il reflète les valeurs soignantes de l'ensemble du personnel et lui fournit un cadre de référence nécessaire pour la mise en place des actions.

Le Projet de Soins Infirmiers tient compte des mutations de l'établissement, elles nécessitent une modification des organisations et des pratiques de soins et demandent aux personnels des capacités d'adaptation et d'évolution.

Il s'articule notamment avec le Projet Médical de l'établissement et a pour finalité **d'assurer la sécurité et la qualité des prestations** données à la population accueillie tout en **développant un environnement sécurisant.**

ORGANISATION DU SERVICE DE SOINS INFIRMIER :

L'encadrement infirmier est doté d'une Directrice des Soins Infirmiers, d'une Coordinatrice des Soins et responsable de l'Education Thérapeutique des Patients et d'un Coordinateur des Soins et responsable formation, pour l'ensemble de la structure.

1. LA DIRECTRICE DES SOINS INFIRMIERS :

La Directrice des Soins Infirmiers est chargée de la **gestion du service des soins infirmiers.**

Elle conçoit le Projet de Soins en cohérence avec la stratégie de l'établissement et pilote sa mise en œuvre en liaison avec le corps médical. Elle intervient et propose des solutions dans la répartition des effectifs et des moyens et organise les plannings.

Elle assure le management des équipes soignantes avec les Coordinateurs des Soins.

Elle encadre l'activité de soins des IDE libérales de l'UAD d'Agde.

Elle organise et coordonne l'accueil des patients dialysés résidents ou vacanciers à l'UAD.
Elle conçoit et évalue la mise en œuvre du projet pédagogique de l'établissement, en développant un programme de formations internes à l'attention des personnels de l'établissement et des étudiants de l'IFSI, et un programme de formations dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC) pour les infirmiers en collaboration avec l'équipe médicale et le pharmacien.

Le service des soins infirmiers regroupe l'ensemble des personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers.

Dans un esprit pluridisciplinaire, le service des soins infirmiers prend en charge l'organisation et la dispensation des soins infirmiers liées à son rôle propre ainsi qu'à l'exécution des soins médicaux prescrits.

La Directrice des Soins Infirmiers participe au développement de relations de collaboration avec l'ensemble des partenaires externes, tels que les services hospitaliers, la direction des soins infirmiers et l'Institut de Formation en Soins Infirmiers des Hôpitaux du Bassin de Thau, les centres de formation continue, et autres intervenants tels que diététicienne, équipe mobile de soins palliatifs, centre anti douleur, et les autres établissements de santé et médico-sociaux.

Elle participe à la gestion des risques et à la démarche qualité et participe aux instances de l'établissement.

Elle travaille en étroite collaboration avec la Coordinatrice des Soins et responsable de l'Education Thérapeutique des Patients et avec le Coordinateur des Soins et responsable formation.

2. LES COORDINATEURS DES SOINS :

Ils **organisent et coordonnent l'accueil et le suivi des patients** dialysés résidents ou vacanciers en collaboration avec l'équipe médicale et paramédicale.

Ils collaborent avec les différents services de soins ou de consultation, les différents partenaires externes (compagnies d'ambulance, pharmacies de ville, CCAS, infirmiers libéraux, diététicien...), et avec l'entourage des patients dans le but de garantir la qualité, la sécurité et la continuité des soins et d'assurer une prise en charge personnalisée en tenant compte des besoins fondamentaux et spécifiques des patients.

Ils participent à l'encadrement et l'accueil des nouveaux IDE et des étudiants stagiaires (EIDE, socio esthétique, diététique,...)

Ils participent à la gestion des risques et à la démarche qualité et participe aux instances de l'établissement.

Ils ont également un rôle dans le management des équipes soignantes.

Ils coordonnent et répartissent la charge de travail du service de soins par une planification journalière des soins.

Ils mettent en place des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à l'aide de réunion service pluridisciplinaire pour évoquer le suivi médical des patients et traiter des sujets d'ordre organisationnel.

Ils participent aux activités de soins en cas de nécessité de service ou en cas d'urgence.

La Coordinatrice des Soins et responsable ETP élabore et organise **les actions d'Education Thérapeutique des Patients.**

Le Coordinateur des Soins et responsable formation organise **l'intégration et la formation des nouveaux IDE et des stagiaires IDE.**

3. LES INFIRMIERS(IÈRES) :

Ils représentent à ce jour un peu plus de 60% de l'effectif global de l'établissement.

Ils participent activement à la **prise en charge globale des patients** insuffisants rénaux terminaux et de manière plus transversale, collaborent à différents travaux et projets initiés au sein de l'établissement.

Ils mettent en œuvre l'ensemble des soins dans le cadre de leurs compétences professionnelles.

✓ Le centre lourd situé à Sète :

Il est ouvert du lundi au samedi de 6h45 à 18h45. La continuité et la permanence des soins sont assurées par la présence d'infirmiers(ières) formées à la technique de l'hémodialyse.

L'article D. 712-133 du décret n° 2002-1198 du 23 septembre 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra rénale précise les éléments suivants et fixe les normes en personnel soignant :

« Tous les actes de soins nécessaires à la réalisation de chaque séance de traitement des patients hémodialysés en centre sont accomplis par l'équipe de personnel soignant. Cette équipe dirigée par un cadre infirmier, ou par un infirmier, doit assurer la présence permanente en cours de séance d'au moins un infirmier pour quatre patients et une aide-soignante, ou éventuellement d'un autre infirmier pour huit patients. »

La direction de l'établissement a choisi, dès l'ouverture de l'établissement en 2003, de confier les soins à une équipe composée exclusivement d'infirmiers(ières) dans une perspective de plus grande sécurité de la prise en charge des patients.

✓ L'Unité d'Auto-Dialyse (UAD) située à Agde :

Elle est ouverte du lundi au samedi de 6h à 18h.

La continuité et la permanence des soins sont assurées par la présence d'infirmiers(ières) libérales formé(e)s aux techniques de l'hémodialyse. Les infirmiers salariés du centre de dialyse de Sète sont également amenés à compléter l'équipe de l'UAD, notamment en période d'augmentation d'activité.

L'article D. 712-144 du décret n° 2002-1198 du 23 septembre 2002 précise :

« L'unité d'auto dialyse assistée dispose au minimum en permanence en cours de séance d'un infirmier ou d'une infirmière ayant une formation à l'hémodialyse pour six patients traités, sans préjudice d'autres personnels paramédicaux.

« Toute unité dispose d'un infirmier ou d'une infirmière pendant la séance, même lorsque seulement deux patients sont traités simultanément.

4. LE CADRE LÉGISLATIF :

⇒ Loi n° 78-615 du 31 mai 1978 définissant la profession d'infirmier ou d'infirmière.

⇒ Décret n° 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier(ière).

⇒ Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers(es).

⇒ Décrets de compétences n° 2002-194 du 11 février 2002 et 2004-802 du 29 juillet 2004 relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier(ière).

- ⇒ Décret n° 2002-1997 du 23 Septembre 2002 relatif à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra rénale.
- ⇒ Décret n° 2002-1998 du 23 Septembre 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra rénale.
- ⇒ Le grade Licence a été attribué par le Décret n° 2010-1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique (NOR : ESRS1006738D).
- ⇒ Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers est parue au J.O n° 299 du 27 décembre 2006 page 19689.
- ⇒ Création de l'Ordre National des infirmiers : Articles L4312-1, L4112-5 et L4311-15 du Code de la santé publique.
- ⇒ Instruction N°DGS/SD2C/DHOS/P2/2007/180 du 2 mai 2007 relative à la mise à jour du répertoire ADELI pour les infirmiers.
- ⇒ Code de déontologie des infirmiers, publié au Journal Officiel : Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016.

LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES, OBJECTIFS GENERAUX ET PRIORITES :

Le projet de soins infirmiers s'articule autour des objectifs stratégiques suivants :

1. GARANTIR LA QUALITÉ, LA SÉCURITÉ ET LA CONTINUITÉ DES SOINS.
2. OPTIMISER LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS.
3. POURSUIVRE LA DÉMARCHE D'EDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT.
4. ORGANISER LA FORMATION DES SOIGNANTS.

LES OBJECTIFS OPERATIONNELS, PROJETS ET PROGRAMMES :

1. GARANTIR LA QUALITÉ, LA SÉCURITÉ ET LA CONTINUITÉ DES SOINS :

Il s'agit de :

- Offrir aux patients une **prise en charge personnalisée** en tenant compte de leurs besoins fondamentaux et spécifiques.
- Assurer la promotion de la **bienveillance**.
- Garantir une **prise en charge optimale de la douleur**.
- Adapter la prise en charge aux **populations spécifiques** telles que les personnes âgées, les personnes porteuses d'un handicap, les patients atteints de maladie chronique et les personnes démunies.
- **Participer à la démarche qualité et sécurité des soins.**

Cette participation à la démarche qualité et sécurité des soins se fait à deux niveaux :

- Au niveau des infirmiers(ères) :
 - Déclaration et suivi des Fiches d'Evènements Indésirables ;
 - Participation aux réunions de Retour d'Expérience ;
 - Consultation sur le logiciel BlueMedi des comptes rendus des différentes instances, du suivi des actions en cours, des différents documents de la base documentaire ;
 - Participation à la révision des protocoles et des procédures en fonction de leur groupe de travail
 - Participation au bon usage du médicament ;
 - Participation à la coordination des soins par la réalisation des différentes traçabilités dans le dossier du patient informatisé.

- Au niveau de l'encadrement :
 - Participation à la démarche de Certification en étant pilotes et co-pilotes de processus ;
 - Participation de la Directrice des Soins à la CME ;
 - Participation active à la gestion des risques en lien avec le coordinateur de la gestion des risques ;
 - Communication en lien avec la CQGR sur :
 - Le Projet d'Etablissement et les différentes politiques des processus ;
 - Les différentes thématiques de qualité et de sécurité des soins notamment les actions de maîtrise des différents risques identifiés comme prioritaires au niveau des différents processus ;
 - Les actions menées suite à des réunions de retour d'expérience ou à une déclaration d'évènement indésirable ;
 - Le suivi des évaluations et des indicateurs et leurs actions d'amélioration.

2. OPTIMISER LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS.

✓ Le Centre lourd à Sète :

Cet objectif se traduit par :

- **Une sectorisation des salles de dialyse :** Les places de dialyse sont réparties en 4 modules de 8 postes permettant une organisation cohérente du travail infirmier, en accord avec la réglementation, et permettant l'accueil de 7 à 8 patients par 3 infirmiers et par module.

- **Une planification journalière des patients :** Les infirmiers présents sont chacun affectés aux différents postes de dialyse occupés chaque jour, permettant aux uns d'assurer l'accueil et la préparation des patients à leur séance de dialyse, et aux autres d'assurer la continuité des soins du branchement au débranchement des patients.

- **Une organisation des soins reposant sur l'implication des infirmiers dits « référents » :**
Chaque infirmier est responsable de la tenue et du suivi d'un certain nombre de dossiers de soins (classeurs de soins et dossiers informatiques) permettant d'assurer le suivi des données médicales et paramédicales des patients.
Chaque infirmier participe à une ou plusieurs instances ou groupes de travail de l'établissement (suivi des statuts viraux et des vaccinations, prise en charge de la douleur, suivi de la prise en charge par le réseau « plaies et cicatrisations », gestion des risques, éthique, hygiène, bientraitance...).
- **Des réunions de service pluridisciplinaires :**
 - o **Réunions hebdomadaires** pour évoquer le suivi médical des patients et traiter des sujets d'ordre organisationnel.
 - o **Réunions trimestrielles avec le personnel infirmier** permettant d'aborder, en concertation avec les équipes soignantes, des sujets d'organisation du travail (organisation des soins, gestions des congés, etc...) dont l'objectif est double : la recherche constante de l'amélioration de la qualité des soins et la préservation d'une qualité de vie au travail.
- **Une organisation du transfert des patients du Centre lourd vers l'Unité d'Auto Dialyse à Agde :** Les patients pouvant bénéficier d'un accueil en UAD sont dans un premier temps pris en charge au centre de dialyse pour des séances d'entraînement. Une fois le bilan du degré d'autonomie réalisé, le patient est accompagné d'un infirmier de Sète pour sa première dialyse à l'UAD, facilitant ainsi son intégration à la nouvelle structure et permettant d'assurer des transmissions à la nouvelle équipe.

✓ L'Unité d'Autodialyse à Agde :

La directrice des soins assure une présence régulière à l'UAD pour rencontrer les patients et les professionnels. Un compte rendu de son passage et des actions menées est rédigé pour transmission à l'ensemble de l'équipe en place.

L'objectif se traduit par :

- **Une sectorisation des salles de dialyse :** Les places de dialyse sont réparties sur deux salles de dialyse et 4 boxes permettant l'accueil de 12 patients par cycle avec 2 infirmiers libéraux présents, en accord avec la réglementation.
- **Une planification hebdomadaire des patients :**
Cette planification permet de visualiser la répartition des patients sur les postes de dialyse en tenant compte des horaires de branchements afin qu'une salle se libère après l'autre, permettant ainsi l'organisation du bionettoyage à l'inter-cycle.
Cette planification hebdomadaire permet en outre d'organiser l'accueil de patients vacanciers en permettant à l'équipe de l'UAD (IDEL et secrétaire) de visualiser les postes et horaires prévus.
- **Une organisation des soins reposant sur l'implication des infirmiers :** Les infirmiers libéraux de l'UAD assurent l'accueil et la prise en charge des patients en suivant une

procédure détaillant l'organisation générale de l'UAD, en lien avec les médecins et le personnel d'encadrement basé à Sète.

Les IDEL assurent notamment une veille concernant la réception des mails en interrogeant la messagerie régulièrement et le soir avant de partir.

Ils participent à la gestion des stocks de matériel, de pharmacie, du linge, du tri des déchets.

Ils vérifient le bon fonctionnement des générateurs.

Ils vérifient le bon fonctionnement du traitement d'eau.

Ils participent à la formation de nouveaux infirmiers libéraux et assurent leur remplacement en cas d'absence prévue.

Ils participent à la démarche Qualité et Gestion des Risques de l'établissement.

3. POURSUIVRE LA DÉMARCHE D'EDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT.

Cette éducation est mise en place par la Coordinatrice des Soins et responsable d'Education Thérapeutique des Patients avec l'aide de l'ensemble des IDE et des autres professionnels de l'établissement.

Elle comporte plusieurs aspects :

- Mise en place d'un **rendez-vous pré-dialyse** à la demande du néphrologue et/ou participation à des séances d'informations externes au CHU :
 - Amélioration de l'accueil afin d'accompagner au mieux le patient vers le traitement de dialyse et définir ses besoins et objectifs d'éducation.
 - Moment privilégié d'écoute et d'attention portée à l'état émotionnel du patient et de son entourage.
 - Complément d'informations sur les conditions de vie, l'évaluation du niveau de compréhension de la maladie rénale et des différents types de traitements envisageables.
 - Préparation à l'hémodialyse si le patient s'oriente vers cette modalité d'épuration extra rénale (utilisation de supports pédagogiques) :
 - Préparation à la première dialyse : repérage des zones de ponction, éducation à la pose de crème anesthésique et déroulement d'une séance de dialyse.
 - Visite du centre de dialyse et rencontre avec des personnes dialysées et avec l'équipe de soins.
- Lors de la **première séance de dialyse** :
 - Accueil par le néphrologue référent et par l'IDE qui a réalisé le RDV pré-dialyse : Remise du livret d'accueil (avec questionnaire de satisfaction), des documents administratifs,...
 - Remise du livret " La dialyse et moi " :
 - Education à l'hygiène de vie, à la surveillance de l'accès vasculaire, au lavage du bras de fistule artério-veineuse avant le branchement, etc... (mise à disposition de supports pédagogiques).
 - Prérequis de sécurité (support pédagogique).
 - Traçabilité des acquis.
 - Accueil de la famille sur demande lors de la première séance de dialyse.

- Si nécessaire, mise en place d'un cahier de liaison entre l'établissement et la famille ou la structure d'accueil du patient.
- Organisation des horaires de dialyse avec le patient et information aux ambulanciers.
- Pour les patients dont la prise en charge relève de l'UAD d'Agde, **des séances d'entraînement** sont planifiées :
 - Formation personnalisée en fonction des possibilités du patient à une participation au traitement (pesée, prise de TA, programmation du générateur,...).
 - Mise à disposition d'un support pédagogique personnalisé et traçabilité de leur apprentissage à chaque dialyse par les IDE.
- Mise en place du **projet de soins personnalisé**, intitulé " Mieux connaître mon patient " (après le premier mois de dialyse) : Mise en évidence des besoins d'éducation et des objectifs.
- A la suite des entretiens « Mieux connaître mon patient », **des ateliers individuels ou collectifs** sont proposés sur différents thèmes (diététique, abords vasculaires, bon usage du médicament...) :
 - Eventuellement avec des intervenants externes.
 - Participation à des séances d'informations externes (CHU, FNAIR,...).
- Un **entretien avec la diététicienne** est organisé après un mois de prise en charge.

4. ORGANISER LA FORMATION DES SOIGNANTS.

✓ Organiser la formation des nouveaux infirmiers :

La Directrice des Soins, en collaboration avec le Coordinateur des Soins et responsable formation, organise la **formation des nouveaux infirmiers** en encadrant une équipe **d'infirmiers tuteurs** :

- Tout nouvel infirmier recruté sans formation préalable à la dialyse est intégré à l'équipe de soins en effectuant 6 semaines de formation au cours desquelles il sera encadré par des infirmiers « tuteurs ».
- Le livret d'accueil du salarié, et le planning de travail sont remis à l'infirmier dès le premier jour pour faciliter son intégration.
- Une fiche d'intégration et d'évaluation du personnel sert de support à l'encadrement pour suivre la procédure d'intégration.
- Le Coordinateur des Soins responsable formation :
 - présente à l'infirmier le livret de formation qui décline les étapes de la formation en plusieurs modules d'acquisition théoriques et pratiques ;
 - présente l'organisation du centre de dialyse ;
 - organise un cours théorique sur l'insuffisance rénale chronique et l'hémodialyse à l'aide de livrets de formation théorique (IRC et dialyse, techniques de ponction) ;
 - planifie les différentes formations internes prévues pour les nouveaux infirmiers : identitévigilance, droits des patients, qualité et gestion des risques, BlueMedi, utilisation d'Hémodialyse, hygiène et iatrogénie médicamenteuses.

- Le nouvel infirmier est habituellement encadré par 3 infirmiers tuteurs sur la durée de sa formation pratique et théorique (complétée par les médecins). Chaque infirmier tuteur assure la formation une semaine complète et propose un bilan hebdomadaire à l'infirmier en formation.
 - Le Coordinateur des Soins et responsable formation organise l'évaluation de la formation dispensée par :
 - o des évaluations en cours de formation pour s'assurer de la bonne progression dans l'acquisition des savoirs théoriques et pratiques ;
 - o une évaluation en fin de formation pour valider la capacité de l'infirmier à intégrer l'équipe soignante.
 - Des travaux de groupe "formation" à l'attention de l'équipe des infirmiers tuteurs sont organisés régulièrement.
- ✓ Organiser l'accueil et la formation des étudiants :
- o **Les étudiants de 3^{ème} année des IFSI :**
Le Coordinateur des Soins et responsable formation organise les stages des étudiants accueillis dans l'établissement :
 - Il assure leur accueil et la présentation du centre de dialyse.
 - Il présente les documents de formation (cours théoriques, livret de stage avec objectifs spécifiques).
 - Les stagiaires sont ensuite encadrés par quelques infirmiers de l'équipe soignante.
 - o **Les étudiants en diététique :**
Le centre de dialyse accueille des stagiaires préparant un BTS diététique. Leur référente est la diététicienne assurant le suivi des patients dialysés, et leurs objectifs de stage sont définis, en concertation avec la Coordinatrice des Soins responsable de l'ETP, en fonction des interventions prévues auprès des patients.
Les stagiaires rédigent les synthèses de leurs interventions auprès des patients et en rendent compte à l'équipe pluridisciplinaire en place.
 - o **Les étudiants en socio-esthétique :**
Le centre de dialyse accueille des stagiaires socio-esthéticiennes de l'école d'esthétique et de coiffure Silvy Terrade. Leurs objectifs de stage sont de délivrer des soins esthétiques aux patients durant leur séance de dialyse, et de développer leurs compétences relationnelles, tant auprès des patients qu'auprès de l'équipe pluridisciplinaire en place.
Un livret de formation assure le suivi de leur présence et de leurs interventions.
- ✓ Organiser la formation continue du personnel soignant notamment dans le cadre du DPC :

Le programme de formation continue, dans le cadre du **Développement Professionnel Continu**, est établi par la direction des soins en fonction des besoins et des demandes exprimées lors des entretiens annuels et complété en cours d'année en fonction des demandes des salariés et/ou des besoins ressentis :

- Journées de formations internes.
- Formations externes.

L'établissement a obtenu son enregistrement en tant qu'ODPC en 2014 et a renouvelé son inscription en 2017 lors du changement de statut de l'Organisme gestionnaire de DPC en Agence Nationale du DPC.

Il met en œuvre le dispositif permettant de répondre aux objectifs du développement professionnel continu (DPC) pour l'équipe infirmière de l'établissement.

L'ensemble de ces orientations et objectifs sociaux ont pour enjeux communs la **qualification** et la **compétence** des ressources humaines de l'établissement ainsi que la **motivation**, **l'implication**, la **fidélisation**, en un mot la **qualité de vie au travail**.

Les prestations proposées ou en projet relèvent de la formation continue, de l'évaluation des pratiques professionnelles, de la gestion des risques et de programmes comportant plusieurs activités.

Le conseil scientifique responsable de la validation des contenus scientifiques des programmes de formation est composé des quatre médecins néphrologues, dont trois sont également praticiens hospitaliers au CHU de Montpellier, et du pharmacien du centre de dialyse.

Les qualifications des concepteurs des actions et des intervenants sont validées par l'agence nationale du DPC.

Les thèmes de formation développés actuellement sont les suivants :

- Formation en hémodialyse de six semaines ;
- Suivi du patient dialysé : formation venant en complément de la formation initiale ;
- Bienveillance/Ethique/Fin de vie ;
- Sécurité transfusionnelle ;

Le centre de dialyse a pour objectif de diversifier son offre de formation à l'attention des professionnels paramédicaux, en développant notamment des formations déjà dispensées, et qui doivent être à court terme soumises à validation auprès de l'Agence nationale du DPC, telles que :

- Hygiène ;
- Qualité et Gestion des Risques ;
- Utilisation des logiciels BlueMedi et Hémodialyse ;
- Iatrogénie médicamenteuse ;
- Droits des patients ;
- Identitovigilance.

Ainsi, l'aménagement dans le nouveau bâtiment de Sète permet le développement de **nouveaux projets** :

- Développer la pluridisciplinarité dans la prise en charge des patients par la collaboration avec d'autres intervenants : psychologue, assistant social ;
- Développer et diversifier les formations au titre du DPC ;
- Formaliser l'accueil des étudiants en diététique en réalisant un livret d'accueil ;
- Développer les actions dans le cadre de l'Education Thérapeutique des Patients.

Ce Projet de Soins Infirmiers s'inscrit dans la volonté **d'améliorer en continu la qualité de la prise en charge des patients, d'assurer la sécurité des soins et du personnel dans un esprit constructif**.

LE PROJET DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES, OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET PRIORITES :

Les objectifs et priorités du projet de prise en charge médicamenteuse (PECM) ont été identifiés suite à **l'identification des besoins** et **l'analyse des risques** en lien avec cette thématique à partir de :

- La cartographie des risques élaborée en tenant compte des Evènements Indésirables, des plaintes et réclamations, des questionnaires de satisfaction ;
- Des orientations nationales et régionales ;
- Des indicateurs du CAQES ;
- Des audits dont Interdiag ;
- Des différents rapports d'inspection ;
- Des résultats de la précédente Certification HAS.

Un responsable du management de la qualité de la PCEM a été nommé en CME. Il s'agit du pharmacien qui assure la gestion des risques liée à la prise en charge médicamenteuse.

Ses missions sont :

- Participer à l'identification des besoins et des ressources permettant la détermination des orientations stratégiques en lien avec la PCEM dans le cadre de la politique de maîtrise des risques liés à la PCEM.
- Piloter la mise en œuvre et le suivi du programme d'actions du processus, en tant que pilote du processus Management de la prise en charge médicamenteuse.
- Animer le COMEDIMS, sous-instance de la CME.
- Recueillir et suivre les indicateurs relatifs à la maîtrise des risques liés à la PCEM (indicateurs nationaux obligatoires et indicateurs internes) et proposer et suivre les actions d'amélioration en lien.
- Réaliser et suivre les évaluations relatives à la maîtrise des risques liés à la PCEM et proposer et suivre les actions d'amélioration en lien.
- Participer à l'analyse des Fiches d'Evènements Indésirables (FEI) et au suivi des actions d'amélioration qui en découlent.
- Réaliser et suivre si nécessaire les signalements externes des erreurs médicamenteuses.
- Piloter l'analyse du processus de Management de la PCEM pour identifier les risques et actualiser la cartographie des risques liés à la PCEM déjà existante et hiérarchiser les risques pour l'identification des risques prioritaires.
- Suivre l'avancée du Compte Qualité pour la maîtrise des risques prioritaires de ce processus.
- Proposer et suivre la réalisation de RREX en lien avec la PCEM, et proposer et suivre les actions d'amélioration en lien.
- Pilote la réalisation des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) en lien avec la PCEM et notamment les EPP sur la pertinence de prescription de l'EPO et du fer.
- Réaliser et suivre les formations liées à la maîtrise des risques liés à la PCEM et aux risques d'erreurs médicamenteuses.
- Participer à l'éducation thérapeutique du patient en lien avec la PCEM, aider les autres professionnels lors de l'information du patient dans le cadre de la prescription ou de l'administration des médicaments.
- Participer et suivre la révision des documents Qualité en lien avec la PCEM.
- Communiquer sur l'ensemble des étapes de la démarche Qualité et Gestion des Risques liées à la PCEM : politique, programme d'actions annuel, bilans, compte rendus de COMEDIMS,

compte rendu des évaluations, suivi des indicateurs et suivi des différentes actions d'amélioration....

- Réaliser un bilan annuel d'activité comprenant : la synthèse des FEI, les RREX réalisées, le bilan des évaluations et des indicateurs, le bilan du programme d'actions et des Fiches-Actions (FA) sur BlueMedi lancées en cours d'année, le bilan des formations réalisées, de la communication et des actions d'ETP, la synthèse du Compte Qualité pour les risques prioritaires, le bilan des vigilances.

Des infirmiers référents du processus Management de la prise en charge médicamenteuse sont également identifiés. Ils ont pour missions :

- Le relai d'information entre le service pharmacie et le service de soins ;
- Le soutien de leurs collègues lors de difficultés liées à la prise en charge médicamenteuse ;
- Le signalement des évènements indésirables et des dysfonctionnements liés au processus de Management de la prise en charge médicamenteuse.

Le projet de la Prise en Charge Médicamenteuse s'articule autour de trois grandes priorités :

1. LA LUTTE CONTRE LA IATROGENIE MEDICAMENTEUSE.
2. L'OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DES PATIENTS IDENTIFIES A RISQUES EN CME : PATIENT AGES DE PLUS DE 75 ANS, PATIENTS DIABETIQUES ET PATIENTS SOUS AVK.
3. L'OPTIMISATION DU FONCTIONNEMENT DU SERVICE PHARMACIE.

LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS, PROJETS ET PROGRAMMES :

1. LA LUTTE CONTRE LA IATROGENIE MEDICAMENTEUSE.

Cette priorité se concrétise à travers l'intégration dans la gestion globalisée des risques du management des risques liés à la prise en charge médicamenteuse.

Il s'agit de :

- Poursuivre le travail de mise à jour de la **cartographie des risques** liés à la prise en charge médicamenteuse en révisant chaque année ces risques dans le cadre de la révision globale de la cartographie et en y intégrant les risques issus de l'analyse du processus et notamment les risques identifiés comme prioritaires.
- Poursuivre les actions de maîtrise des risques liés aux médicaments à risques :
 - o Actosolv
 - o Adrenaline
 - o Atropine
 - o AVK
 - o Chlorure de magnésium
 - o Chlorure de Potassium
 - o Dopamine
 - o Gluconate de calcium

- Midazolam
 - Protamine
 - Venofer
- Poursuivre l'**analyse des évènements indésirables** liés à la prise en charge médicamenteuse et l'organisation de réunions de retour d'expérience pour les évènements graves ou récurrents.
 - **Suivre et réaliser le plan d'action** concernant la prise en charge du risque identifié comme prioritaire de l'analyse de processus : Défaut de prescription informatisé des traitements ponctuels en séances de dialyse.
 - Réaliser une **évaluation régulière du circuit du médicament** grâce à INTERDIAG pour mesurer l'efficacité des actions d'amélioration mises en place.
 - Poursuivre la réalisation d'une **analyse pharmaceutique de niveau 2** tracée.
 - Mettre en place et pérenniser la réalisation de **conciliations médicamenteuses**, grâce au déploiement du dossier pharmaceutique.
 - **Valider l'ensemble des prescriptions** par le pharmacien.
 - Participer aux différentes EPP de l'établissement et notamment aux **études de pertinences** et la réalisation d'une EPP sur l'Aquavigilance.
 - **Former le personnel** aux risques liés à la prise en charge médicamenteuses.
 - Suivre les différents **plans d'actions** en lien avec ce processus.
 - Communiquer en CME une **synthèse de la consommation médicamenteuse**, ainsi que le programme de gestion des risques liés à la prise en charge médicamenteuse et son bilan.
 - **Actualiser les procédures** liées au circuit du médicament ainsi que la pharmacopée et la liste des médicaments à risques grâce à l'analyse des différentes recommandations et des évènements indésirables survenus dans l'établissement.
 - Poursuivre la participation du pharmacien aux **réunions pluridisciplinaires**.
 - **Suivre les indicateurs** mensuels du tableau de bord PUI :
 - Le coût par séance de l'EPO et du Venofer ;
 - Le nombre d'analyses pharmaceutiques ;
 - Le nombre d'actions d'ETP réalisées ;
 - Le nombre de conciliations pharmaceutiques réalisées ;
 - Le taux de pertinence des prescriptions d'EPO ;
 - Le taux de pertinence des prescriptions du Venofer ;
 - Le surcoût de non pertinence de prescription du Venofer.
 - Assurer le **recueil des indicateurs** nationaux IPAQSS et CAQES.

- Assurer la **communication** autour des résultats des évaluations, des suivis des indicateurs nationaux (IPAQSS et CAQES) et internes et des actions correctives décidées suite à leurs analyses par des interventions auprès des médecins et des services de soins, par des mails et par voie d'affichage.
- Assurer la **gestion des interfaces** dans le processus de Management de la PECM, notamment pour les patients hospitalisés, par le développement de la communication avec les structures d'hospitalisation des patients comme action de maîtrise du risque identifié comme prioritaire dans le cadre de l'analyse de processus : Défaut d'information sur le traitement pris avant la dialyse pour les patients en hospitalisation.

2. L'OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DES PATIENTS IDENTIFIES A RISQUES EN CME : PATIENT AGES DE PLUS DE 75 ANS, PATIENTS DIABETIQUES ET PATIENTS SOUS AVK.

Il s'agit de :

- Promouvoir les **prises en charge spécifiques** et notamment la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé comprenant une politique de juste prescription médicamenteuse en vue de réduire la morbi-mortalité évitable.
- Développer **l'éducation thérapeutique du patient sur le bon usage du médicament** par des interventions ciblées à partir de l'identification des patients à risques et sur la base de l'analyse des prescriptions médicamenteuses comme action de maîtrise du risque prioritaire identifiés dans le cadre de l'analyse de processus : défaut d'éducation du patient sur le bon usage du médicament.
- Développer la **conciliation médicamenteuse** en ciblant les **patients à risques**.

3. L'OPTIMISATION DU FONCTIONNEMENT DU SERVICE PHARMACIE :

Cette priorité est centrée sur la qualité de la prise en charge et la satisfaction des utilisateurs.

Il s'agit de :

- Respecter la **réglementation** en vigueur dans le domaine et participer aux **instances** de l'établissement : CME et ses sous-instances, Comité de Direction, Comité de Pilotage Qualité et Gestion des Risques et groupes de travail.
- Optimiser la gestion des risques liée aux différentes **vigilances sanitaires** : Pharmacovigilance, Matéριο-vigilance, Réacto-vigilance, Identito-vigilance, Infectiovigilance, Aquavigilance et lien avec l'Hémovigilance.
- Etre à l'écoute des professionnels et réaliser une enquête de **satisfaction** annuelle sur le service rendu.
- Prendre en compte les **besoins qualitatifs et quantitatifs des utilisateurs** et réaliser des essais de matériels ou de produits avec les professionnels.

- Optimiser la **gestion des stocks** dans le cadre de la **maîtrise des coûts** du service pharmacie, par l'adhésion à une centrale d'achat et l'utilisation d'un logiciel de gestion de stock.
- Assurer l'**approvisionnement des médicaments et des dispositifs médicaux** stériles et non stériles en fonction de l'**évaluation qualitative et quantitative des besoins du service** : livret thérapeutique, essais de nouveaux produits, etc...
- Anticiper les situations d'**urgence** par le suivi d'un stock de secours.
- Développer les **achats écoresponsables** en matière de médicaments et de dispositifs médicaux en relation avec les fournisseurs.
- Participer à la maîtrise des coûts et à leur budgétisation.
- Suivre les **indicateurs de gestion** du service pharmacie, notamment la consommation d'EPO et de fer.
- Poursuivre le suivi de la **maintenance des dispositifs médicaux** par le logiciel BlueMedi partie GMAO.

Le **Projet la Prise en Charge Médicamenteuse** vise donc à **s'adapter au Projet Médical et au Projet de Soins Infirmiers** de façon à **accompagner les professionnels** de l'établissement avec toujours pour finalité **la qualité de la prise en charge des patients**.

LE PROJET QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

INTRODUCTION – HISTORIQUE :

La démarche Qualité a été mise en place dans l'établissement en janvier 2005 avec la création de la Cellule Qualité.

Afin de répondre aux exigences du référentiel d'accréditation « gestion de la qualité et prévention des risques QPR », la Cellule Qualité avait élargie ses missions et s'était transformée en **Cellule Qualité et Gestion des Risques (CQGR)**.

Pour mener à bien l'accréditation, un Comité de Pilotage Qualité avait été créé en 2005.

Puis en 2007, deux Comités de Pilotage Qualité-Certification V2 et Gestion des Risques (GDR) avaient pris le relais.

En 2010, pour une plus grande efficacité, les deux comités de pilotage ont fusionné pour former le **Comité de Pilotage Qualité et Gestion des Risques (COPIL-QGR)**.

Le Projet Qualité et Gestion des Risques définit les orientations stratégiques qui fondent la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins au sein du Projet d'Etablissement.

L'engagement de la Direction est un préalable à la définition et la mise en œuvre de cette politique.

Le pilotage, par le **COPIL-QGR**, de cette démarche Qualité et Gestion des Risques mise en œuvre dans l'établissement s'appuie sur le **Programme Qualité et Gestion des Risques**.

Celui-ci est défini annuellement sur la base des orientations stratégiques et des objectifs du Projet Qualité et Gestion des Risques ainsi qu'à partir des politiques définies par ailleurs pour chaque processus définis par la Haute Autorité de Santé et applicables à l'établissement.

Le pilotage opérationnel de la démarche est réalisé par la **CQGR** en lien avec **les pilotes et co-pilotes de chaque processus** et le COPIL-QGR.

Dans le cadre de démarche de Certification par la Haute Autorité de Santé, au-delà de tous ses outils internes de gestion de la démarche Qualité et Gestion des Risques (Logiciel BlueMedi, Cartographie des risques, Fiche d'Évènement Indésirable (FEI), Fiche Action-Projet (FA), etc...), l'établissement élabore et met à jour son Compte Qualité, comme outil de dialogue avec la Haute Autorité de Santé.

Garantir la qualité et la sécurité des soins au sein de l'établissement est l'objectif prioritaire de l'établissement.

LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES, OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET PRIORITES :

La politique Qualité et Gestion des Risques, tant pour la mission d'optimisation de la qualité des soins que pour la gestion des risques, peut être synthétisée autour de 4 grandes orientations :

1. PÉRENNISER ET PROMOUVOIR LA DÉMARCHE QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES (QGR) DANS L'ÉTABLISSEMENT.
2. PLACER LES DROITS DU PATIENT AU CENTRE DE LA DÉMARCHE QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES.
3. DÉVELOPPER UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SÉCURITÉ DES SOINS.
4. GÉNÉRALISER L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.

LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS, PROJETS ET PROGRAMMES :

1. PERENNISER ET PROMOUVOIR LA DEMARCHE QUALITE ET GESTION DES RISQUES (QGR) DANS L'ETABLISSEMENT :

Cette priorité se traduit par les objectifs suivants :

- Partager les orientations de la **politique Qualité et Gestion des Risques** avec l'ensemble des professionnels par la diffusion du Projet d'Etablissement et au travers des différentes instances et groupes de travail.
- Promouvoir et suivre la réalisation des **plans d'actions Qualité et Gestion des Risques**, en s'appuyant sur les instances et groupes de travail concernés.
- Mettre en place et satisfaire à la **procédure de Certification de la Haute Autorité de Santé** dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.
- **Satisfaire le personnel** par le biais **de leur implication dans la démarche** Qualité et Sécurité des Soins.
- **Associer l'équipe médicale** de l'établissement à la démarche Qualité et Gestion des Risques (Médecins présents au Comité de Pilotage, dans les instances, réalisation de Staffs EPP, etc...).
- **Former tous les professionnels** de l'établissement à la Qualité et à la Gestion des Risques pour maintenir et développer la **culture de la Qualité et de la Sécurité** au sein de l'établissement.

2. PLACER LES DROITS DU PATIENT AU CENTRE DE LA DEMARCHE QUALITE ET GESTION DES RISQUES :

Cette priorité se traduit par les objectifs suivants :

- Garantir le respect d'une **réflexion éthique** à tous les niveaux de prise en charge du patient dans l'établissement.
- **Satisfaire les patients** par une **amélioration du service** rendu basé sur la **réduction des dysfonctionnements et l'amélioration des processus**.
- Mener une politique globalisée de **prévention des risques** dans le respect des droits des patients et de la démarche éthique.
- **Associer les représentants des usagers** dans la démarche Qualité et Gestion des Risques.

3. DEVELOPPER UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SECURITE DES SOINS :

Cette priorité se traduit par les objectifs suivants :

- Suivre et évaluer la politique de **prévention des risques identifiés à priori** par processus dans la cartographie des risques, en ciblant les risques prioritaires.
- Poursuivre **l'analyse à posteriori des risques** identifiés par le biais d'un système de veille : recueil, traitement et analyse des Fiches d'Evènements Indésirables (FEI).
- Promouvoir et suivre la réalisation des plans d'actions pour suivre les **actions d'amélioration** identifiées dans le cadre de l'analyse des risques à priori et à postérieur par processus.
- Actualiser les **plans d'urgence** mis en place.
- Poursuivre la démarche de **prévention des risques professionnels**.
- **Coordonner les différentes vigilances** au sein de la CME et du COPIL-QGR.

4. GENERALISER L'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES :

Cette priorité se traduit par les objectifs suivants :

- **Planifier et coordonner toutes les évaluations** diverses et variées menées dans l'établissement dont les EPP.
- **Evaluer la démarche Qualité et Gestion des Risques** et apporter des actions d'amélioration.
- **Suivre les indicateurs** identifiés dans le cadre de la démarche Qualité et Gestion des Risques dans les instances concernées et communiquer ce suivi auprès des professionnels.
- **Optimiser la communication** liée aux évaluations y compris les EPP, auprès des professionnels pour donner du sens aux actions d'amélioration mises en place.

LE PROJET DEVELOPPEMENT DURABLE

Le développement durable est « un mode de développement répondant aux besoins du présent, sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs. »

Il appelle donc un changement de comportement de chacun.

NDSG, en tant qu'établissement de santé, n'échappe pas à cette réalité de par sa vocation, son activité et ses missions, et doit par conséquent intégrer en interne une stratégie de développement durable.

Ainsi, NDSG met en œuvre une démarche de développement durable volontaire.

Il s'agit d'intégrer les trois dimensions du développement durable pour :

- une **gestion économique fiable de l'établissement** ;
- être un **acteur socialement intégré** ;
- et **écologiquement respectueux**.

LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES, OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET PRIORITES :

NDSG s'engage dans une **éthique professionnelle de responsabilité et de respect envers ses parties prenantes** : les patients, les professionnels, les prestataires, les fournisseurs, les tutelles et la société dans son ensemble.

1. RESPONSABILITÉS ENVERS LE PATIENT :

- Veiller au plus grand respect des droits du patient.
- Assurer une prise en charge sécurisée et de qualité.
- Promouvoir l'éducation à la santé et rendre chaque patient véritablement acteur de sa santé.

2. RESPONSABILITÉS ENVERS LE PERSONNEL :

- Entretenir et développer le dialogue et la communication avec l'ensemble du personnel.
- Promouvoir le bien-être et la santé au travail pour l'ensemble des salariés.
- Encourager la formation continue et promouvoir le développement professionnel continu de chacun.

3. RESPONSABILITÉS ENVERS L'ETABLISSEMENT :

- Œuvrer pour la pérennité économique de l'établissement.
- Promouvoir en interne et en externe les missions, les valeurs et les engagements de l'établissement.
- Garantir la sécurité des personnes et des biens en optimisant notamment la gestion des risques.

4. RESPONSABILITÉS ENVERS L'ENVIRONNEMENT ET LA SOCIÉTÉ :

- Identifier, analyser et ajuster au mieux les impacts de l'activité de l'établissement sur l'environnement et la société.
- Prendre en compte l'intérêt des générations futures dans les choix de gestion.

LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS, PROJETS ET PROGRAMMES :

1. STRUCTURER ET PROMOUVOIR LA DÉMARCHE DE DÉVELOPPEMENT DURABLE PAR UN MANAGEMENT DURABLE :

Les objectifs de l'établissement en termes de **management durable** sont :

a. Motiver :

Motiver la plus grande partie du personnel possible est un préalable incontournable au management durable, et ce à tous les niveaux de la hiérarchie.

L'enjeu est de montrer que **les changements dans les pratiques liés à un engagement plus durable ne sont pas un nouveau métier à apprendre, mais une meilleure manière de l'exercer.**

b. Former :

Le développement durable s'invente sur le terrain, au jour le jour par les différents acteurs. Mais **les formations sont essentielles pour devenir et rester performant.**

Ainsi, plusieurs membres du Comité de Direction sont formés au Développement Durable.

c. Mesurer :

L'engagement dans une démarche de développement durable doit être évalué.

L'**évaluation** est une étape essentielle. Il s'agit de tracer, de **mesurer** et de poser des **indicateurs**.

Ainsi, NDSG a réalisé son **autodiagnostic** grâce à l'**Indicateur Développement Durable (IDD) en santé du C2DS (Comité de Développement Durable en Santé)**.

L'IDD santé traduit les engagements de l'établissement en s'appuyant sur des critères qui caractérisent une démarche de développement durable spécifique au secteur de la santé.

La Cellule Qualité et Gestion des Risques de NDSG est chargée de mesurer et suivre les différents indicateurs Développement Durable mis en place au sein de l'établissement et de réactualiser l'IDD du C2DS.

d. Communiquer :

Donner de la visibilité au travail réalisé dans le cadre de la démarche Développement Durable est une autre étape indispensable. L'objectif est de **développer la communication autour de la démarche** en interne et en externe à l'attention des professionnels et des patients de l'établissement mais aussi à destination du public en général **pour faire connaître l'action durable de NDSG.**

2. [AGIR POUR UNE SANTE DURABLE :](#)

a. [Prendre soin des professionnels :](#)

Agir durablement c'est aussi :

- **Prendre en compte la santé sociale du personnel** : Il s'agit :
 - **d'évaluer et de prévenir les risques professionnels**, notamment les risques psycho-sociaux (RPS) et les troubles musculo-squelettiques (TMS) ;
 - **d'améliorer les conditions de travail des professionnels** à travers l'implication, la participation, l'environnement de travail, la formation, etc...
- **Promouvoir la qualité de vie au travail** à travers :
 - La qualité des relations de travail ;
 - L'organisation et le contenu du travail ;
 - L'environnement physique du travail ;
 - La conciliation entre vie professionnelle et vie privée.

b. [Prendre soin des patients :](#)

Dans le cadre d'une démarche de Développement Durable, il s'agit de **mieux sensibiliser, mieux responsabiliser et donc, in fine, mieux soigner les patients** à travers :

- **La prévention** : Les professionnels de santé jouent un rôle de relais pour informer et donc prévenir les risques. **Dépister** les maladies le plus tôt possible pour mieux les traiter.
- **L'éducation thérapeutique** : Pour être actif dans le domaine transversal du Développement Durable, NDSG souhaite accompagner le patient dans son **accès à l'information** et le rendre **responsable de sa santé et de son traitement**.
- **La promotion de la bienveillance.**

3. [ECONOMISER L'EAU ET L'ENERGIE :](#)

L'objectif est non seulement de **maîtriser les consommations d'eau et d'énergie** de l'établissement, mais aussi et surtout de **les réduire** :

- en **luttant contre les gaspillages** ;
- en **optimisant** leur consommation ;
- en menant une réflexion sur des **alternatives durables**.

4. [PRESERVER L'ATMOSPHERE ET L'AIR INTERIEUR :](#)

a. [Préserver l'air intérieur :](#)

L'objectif est d'assurer et de maintenir la **qualité de l'air** à l'intérieur des bâtiments de l'établissement et de **prévenir et maîtriser les sources de pollution**, par :

- le nettoyage régulier des climatisations et des VMC,
- la sensibilisation des fumeurs à ne pas fumer près des entrées du bâtiment,
- le choix de produits éco-labellisés pour l'entretien des locaux,
- la limitation de l'utilisation d'aérosols.

b. Préserver l'atmosphère :

L'objectif est de **réduire les émissions de dioxyde de carbone** générées par l'activité de l'établissement.

Pour cela, il est avant tout nécessaire de les connaître plus précisément et donc de **réaliser un bilan carbone ou de calculer l'empreinte carbone de NDSG**.

Ensuite, pour contrôler ses émissions de carbone et les faire chuter, NDSG souhaite **mener une réflexion sur les transports** pour minimiser l'impact :

- des déplacements du personnel,
- des trajets des patients,
- du transport des marchandises.

5. TRIER, RECYCLER ET VALORISER LES DECHETS ET LES EFFLUENTS :

L'objectif est non seulement de **respecter la réglementation en vigueur** sur la gestion des déchets et des effluents mais aussi et surtout **d'optimiser le dispositif** en prenant en compte **l'enjeu environnemental**.

Pour cela, il est important de :

- **sensibiliser les professionnels** de l'établissement à **l'éco-consommation et au tri des déchets**,
- **réduire la production de déchets**,
- optimiser **le tri des déchets**,
- favoriser leur **recyclage**,
- et rechercher la manière de **les valoriser**.

6. ACHERER DURABLE :

Les achats sont un pivot stratégique du Développement Durable en santé.

Mener une **politique d'achat éco-responsable**, c'est :

- **Identifier les besoins** au sein de l'établissement ;
- **Tester les produits et matériels** avant l'achat ;
- Privilégier les produits et services qui ont une **incidence environnementale moindre au meilleur coût** ;
- Intégrer **la dimension sociale** ;
- **Prendre en compte le coût global** des produits ;
- Faire en sorte **que les fournisseurs et prestataires prennent en compte les critères du Développement Durable dans leur production et services**.

Pour mener à bien cette politique d'achat éco-responsable, NDSG est accompagnée par **la CAHPP** (centrale de référencement de l'hospitalisation privée et publique), **pionnière dans la prise en compte du Développement Durable**, qui a créé un outil d'évaluation Développement Durable pour tous ses fournisseurs et prestataires avec l'affichage d'une indice « **vert** » sur tous ses catalogues.

Par ailleurs, NDSG s'appuie sur les référentiels existants en matière de Développement Durable que sont **les écolabels**. En effet, les écolabels officiels garantissent à la fois **l'efficacité des produits** et la **limitation de leurs impacts environnementaux** (eau, air, déchets, énergie). C'est ainsi, par exemple, que NDSG a changé de références pour ses produits d'entretien en faveur de produits éco-labélisés.

La notion de coût global prend en compte l'ensemble des coûts relatifs aux services impliqués dans l'achat d'un produit. Ils couvrent **l'intégralité de son cycle de vie**. Cette notion est utile pour prendre le recul nécessaire et se convaincre que **le bénéfice d'une politique d'achat durable se mesure sur le long terme**.

Dans tous ses projets d'aménagement ou de travaux, NDSG, a pour objectif de **prendre en compte les critères du Développement Durable et d'appliquer une politique éco-responsable**.

L'établissement est convaincu que **la mise en œuvre d'une démarche de Développement Durable a une influence déterminante sur la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge**.

Ainsi, **le Projet Développement Durable est par essence transversal et directement lié aux autres projets du Projet d'Etablissement de NDSG**.

LE PROJET SOCIAL – QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES, OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET PRIORITES :

Le Projet Social – Qualité de vie au Travail de NDSG s’articule autour de cinq grandes orientations :

1. L’AMÉLIORATION CONTINUE DES CONDITIONS DE TRAVAIL ET LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS.
2. LA GESTION PRÉVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES COMPÉTENCES.
3. L’IMPLICATION ET LA PARTICIPATION DU PERSONNEL.
4. LE MAINTIEN DU DIALOGUE SOCIAL ET LE DÉVELOPPEMENT DE LA COMMUNICATION INTERNE.
5. LA MISE EN OEUVRE ET LE SUIVI DE LA POLIQUÉ DE FORMATION.

LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS, PROJETS ET PROGRAMMES :

1. L’AMÉLIORATION CONTINUE DES CONDITIONS DE TRAVAIL ET LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS.

Cette orientation se décline à travers plusieurs objectifs :

a. L’optimisation de l’organisation du travail :

L’**organisation du travail** est effectivement **optimisée** de façon à :

- Respecter le quota de personnel fixé par les textes réglementaires.
- Mettre en adéquation les effectifs et les besoins organisationnels.
- Identifier clairement le rôle, les tâches et les responsabilités de chacun et réviser et actualiser à minima tous les ans les schémas et tableaux d’organisation des services et instances de NDSG.

b. L’amélioration des conditions de travail :

Ce sujet peut être abordé lors des réunions de services. La mise en œuvre d’actions d’**amélioration des conditions de travail** est pilotée par la Cellule Qualité et Gestion des Risques et le Comité de Direction.

La prise en compte des desideratas du personnel lors de l’élaboration des plannings contribue à de meilleures conditions de travail.

c. La prévention des risques professionnels :

Il est abordé lors des réunions Qualité et Gestion des Risques à travers l’analyse et le suivi du Document Unique. La Cellule Qualité et Gestion des Risques est chargée du pilotage des actions d’amélioration à mettre en place et liées à la **prévention des risques professionnels**.

d. L'amélioration des relations de travail :

En lien avec les précédents objectifs, l'amélioration des relations de travail concerne tous les professionnels qu'il s'agisse des relations entre eux ou des relations avec les patients ou les personnes externes à l'établissement.

L'établissement tend donc à développer **l'esprit d'équipe** et la **promotion de la bientraitance**.

2. LA GESTION PRÉVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES COMPÉTENCES.

La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) permet d'**anticiper les besoins de l'établissement d'un point de vue quantitatif et qualitatif**.

Elle englobe :

- La Gestion Prévisionnelle des Effectifs.
- La Gestion Prévisionnelle des Compétences.
- La Gestion Prévisionnelle des Métiers.
- La Gestion Prévisionnelle des Carrières.

La démarche GPEC se décline à travers 3 objectifs ou étapes :

- Identifier les besoins « actuels » et « futurs » de l'établissement.
- Mesurer les écarts potentiels entre ces besoins « actuels » et « futurs ».
- Mettre en œuvre les actions appropriées afin de combler les écarts.

La mise en œuvre de cette démarche nécessite plusieurs outils :

- Un logiciel GPEC qui permet d'anticiper à moyen et long terme l'effectif, les métiers, les équivalents temps plein nécessaires pour chaque métier et les compétences nécessaires à l'établissement en fonction des évolutions prévues.
- Des fiches de postes individuelles pour chaque salarié de l'établissement constituées à partir de référentiels par métier.
- Des fiches de compétences requises définies pour chaque métier identifié dans la structure.
- Un support pour l'entretien annuel d'évaluation qui prend en compte à la fois la fiche de poste mais également la fiche de compétences requises de chaque salarié.
- Un support pour l'entretien professionnel.
- Des indicateurs de Gestion des Ressources Humaines.

3. L'IMPLICATION ET LA PARTICIPATION DU PERSONNEL.

L'implication et la participation du personnel sont favorisées à travers :

a. L'intégration et l'accueil des nouveaux salariés par :

- La présentation et la visite de l'établissement.
- La distribution du livret d'accueil du salarié.
- La formation d'adaptation au poste de travail.

b. [La participation du personnel aux projets, instances et groupes de travail mis en place au sein de l'établissement.](#)

c. [La politique de rémunération attractive par :](#)

- L'attribution d'une prime mensuelle « Démarche Qualité ».
- L'attribution d'une prime de « Tutorat ».
- L'attribution d'une prime de « Disponibilité ».
- L'attribution de primes d'Expérience 1, 2 ou 3 pour les soignants.
- Les Tickets Restaurant.

4. [LE MAINTIEN DU DIALOGUE SOCIAL ET DE LA COMMUNICATION INTERNE.](#)

Le maintien du dialogue social et de la communication interne se matérialise à travers :

- L'organisation de réunions d'information à destination de l'ensemble du personnel.
- L'organisation de réunions de services « IDE », de réunions « Secrétariat-Médical ».
- La tenue d'une réunion de service hebdomadaire.
- L'utilisation d'une messagerie Internet spécifique à l'établissement.
- La diffusion (papier et informatique) des toutes les communications internes et toute autre information de la direction ou des responsables de service.
- La réalisation d'enquête de satisfaction du personnel.
- L'organisation des entretiens individuels annuels pour l'ensemble du personnel salarié de l'établissement.
- Etc, ...

5. [LA MISE EN OEUVRE ET LE SUIVI DE LA POLIQUE DE FORMATION.](#)

Cette orientation se décline à travers plusieurs objectifs :

a. [L'adaptation et le maintien au poste de travail :](#)

La formation professionnelle continue permet :

- **D'adapter les connaissances et savoirs-faire** nécessaires à un poste de travail face aux évolutions technologiques ou réglementaires.
- **D'accompagner les salariés** dans l'évolution des conditions d'exercice de leur emploi.

b. [Le développement des compétences :](#)

Les formations qualifiantes et la formation professionnelle continue permettent le **développement des compétences professionnelles individuelles et collectives des salariés.**

c. [Le partage et le développement des connaissances :](#)

L'organisation de formations et de cours dispensés en interne par les médecins de l'établissement ou par le personnel lui-même permettent un **partage et un développement des connaissances** de chacun.

d. Le Développement Professionnel Continu :

L'établissement met en œuvre le dispositif permettant de répondre aux objectifs du Développement Professionnel Continu (DPC).

L'établissement a obtenu son enregistrement en tant qu'ODPC en 2014 et a renouvelé son inscription en 2017 lors du changement de statut de l'Organisme gestionnaire de DPC en Agence Nationale du DPC.

Il met en œuvre le dispositif permettant de répondre aux objectifs du DPC pour l'équipe infirmière de l'établissement.

L'ensemble de ces orientations et objectifs sociaux ont pour enjeux communs la **qualification** et la **compétence** des ressources humaines de l'établissement ainsi que la **motivation**, **l'implication**, la **fidélisation**, en un mot la **qualité de vie au travail**.

LE PROJET SYSTÈME D'INFORMATION ET COMMUNICATION

LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES, OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET PRIORITES :

Les objectifs et priorités du projet système d'information et communication ont été identifiés suite à **l'identification des besoins** et **l'analyse des risques** en lien avec cette thématique à partir de :

- La cartographie des risques élaborée en tenant compte des Evènements Indésirables, des plaintes et des questionnaires de satisfaction ;
- Des orientations nationales et régionales ;
- Des indicateurs d'Hôpital Numérique ;
- Des résultats de la précédente Certification HAS.

Le Projet Système d'Information et Communication de NDSG s'articule autour de quatre grandes priorités :

1. GARANTIR UNE POLITIQUE DE SÉCURITE DU SYSTÈME D'INFORMATION.
2. ASSURER UNE POLITIQUE DE GESTION DU DOSSIER PATIENT POUR EN FACILITER LA PRISE EN CHARGE ET LA COORDINATION DES ACTEURS.
3. POURSUIVRE ET DEVELOPPER UNE POLITIQUE DE COMMUNICATION INTERNE ET EXTERNE.
4. METTRE LE SYSTEME D'INFORMATION AU SERVICE DE LA DEMARCHE QUALITE ET GESTION DES RISQUES.

LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS, PROJETS ET PROGRAMMES :

1. GARANTIR UNE POLITIQUE DE SÉCURITE DU SYSTÈME D'INFORMATION.

Cette priorité consiste à **poursuivre, développer et pérenniser** les objectifs suivants :

- a. Assurer l'intégrité, la sauvegarde, la disponibilité, la confidentialité des données :

Il s'agit non seulement de préserver une **confidentialité maximum en cryptant les données** stockées sur les serveurs de l'établissement, mais aussi de **sauvegarder quotidiennement les données** du système d'information et de maintenir le niveau de sécurité face à une menace toujours croissante.

- b. Assurer la traçabilité des accès au système d'information :

L'objectif est de **soumettre le matériel informatique** constituant le cœur du système d'information (serveurs) à **des restrictions et des contrôles d'accès dans le respect des règles imposées par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)** afin de **prévenir toute tentative d'intrusion ou de dégradation**.

c. Assurer la sécurité technique, le bon fonctionnement et la pérennité du système d'information et s'assurer de la maîtrise des risques liés à ce processus :

Cet objectif implique de :

- **Identifier et prendre en compte les besoins et attentes des utilisateurs** dans le cadre de la définition du schéma directeur du système d'information.
- **Former et accompagner les professionnels** à l'utilisation des différents matériels et logiciels constituant le système d'information de NDSG.
- Poursuivre **l'analyse des évènements indésirables** liés au système d'information et l'organisation de **réunions de retour d'expérience** pour les évènements graves ou récurrents.
- Suivre et **réaliser le plan d'actions** concernant la prise en charge du risque identifié comme prioritaire lors de l'analyse du processus : Défaut de fonctionnement du standard.
- Réaliser une **évaluation régulière du système d'information** pour mesurer l'efficacité des actions d'amélioration mises en place.
- **Participer aux différentes EPP** de l'établissement et notamment celle sur l'Identitovigilance.
- Suivre les différents **plans d'actions** en lien avec le processus.
- **Actualiser les procédures** grâce à l'analyse des différentes recommandations et des évènements indésirables survenus dans l'établissement.
- Suivre les **indicateurs internes** du processus.
- Assurer le recueil des **indicateurs nationaux d'Hôpital Numérique**.
- **Faciliter l'accès** en temps utile des professionnels aux **informations valides** pour l'aide à la décision.
- Maintenir l'obligation pour chaque membre du personnel de **prendre connaissance des contraintes** liées à l'utilisation des ressources du système d'information.
- **Archiver l'ensemble des données** du système d'information et du dossier patient informatisé sur un support déporté géographiquement mais accessible rapidement.
- **Assurer la continuité des activités** de l'établissement en cas de panne et mettre en place les actions de maîtrise du risque identifié comme prioritaire lors de l'analyse du processus : Défaut de communication et de formation sur les procédures dégradées.
- Assurer le retour à la normale après une panne dans le cadre du **plan de reprise des activités**.

2. ASSURER UNE POLITIQUE DE GESTION DU DOSSIER PATIENT POUR EN FACILITER LA PRISE EN CHARGE.

Il s'agit, là aussi, de **poursuivre, développer et pérenniser** les objectifs suivants :

- **Garantir une identification fiable et unique du patient** dans le système d'information et tout au long de sa prise en charge.
- **Assurer la confidentialité, la fiabilité, l'accessibilité, la sécurité et le stockage des informations** relatives aux patients.
- **Entretien et développer** le système d'information lié à la **gestion du dossier patient** pour une meilleure **qualité et continuité des soins** et une plus grande **coordination des professionnels**.
- **Organiser et faciliter l'accès du patient à son dossier** de manière à répondre dans les délais définis par la réglementation.
- Développer la **formation du personnel** à l'utilisation du logiciel de gestion du dossier patient informatisé Hémodialyse.
- Poursuivre les **misés à jour** et proposer des **évolutions du logiciel de gestion du dossier patient informatisé Hémodialyse**

3. POURSUIVRE ET DEVELOPPER UNE POLITIQUE DE COMMUNICATION INTERNE ET EXTERNE.

Cette orientation se décline à travers plusieurs objectifs :

- Entretien et développer l'ensemble des moyens, outils et supports de communication interne entre les différents professionnels de l'établissement de façon à :
 - **Optimiser la prise en charge du patient** en favorisant **l'accès aux informations** le concernant par les professionnels.
 - **Transmettre et échanger des informations** liées à la vie de l'établissement en général, à l'organisation des services, etc...
 - **Communiquer** aux professionnels **les résultats des indicateurs et tableaux de bord** de l'établissement, les **actions d'améliorations**, etc...
 - **Optimiser le management** interne afin que les objectifs et projets de l'établissement soient connus de tous et ainsi **favoriser la motivation et l'implication des professionnels**.
 - **Mettre à la disposition des professionnels des outils** de manière à **faire remonter leurs besoins et suggestions** ainsi que les **dysfonctionnements** et les **événements indésirables**.

- Poursuivre et étendre les différents vecteurs de communication externe auprès des patients, des autres professionnels de santé et du public en général afin de promouvoir l'activité de l'établissement :
 - **Poursuivre le développement et les échanges de liens avec les sites Internet partenaires** (annuaires, forums, sites associatifs en relation avec l'activité de dialyse et l'assistance aux dialysés, etc...).
 - **Communiquer** aux usagers et au public **les résultats des indicateurs et tableaux de bord** de l'établissement.

4. METTRE LE SYSTÈME D'INFORMATION AU SERVICE DE LA DEMARCHE QUALITE ET GESTION DES RISQUES.

Cette orientation se décline à travers les objectifs suivants :

- Développer et mettre à jour le **logiciel BlueMedi** : Il est à la fois un logiciel de gestion documentaire et de gestion de la démarche Qualité et Gestion des Risques :
 - La partie gestion documentaire constitue une base documentaire accessible de tous les professionnels de l'établissement. Elle contient :
 - Les documents qualité (protocoles, procédures, fiches techniques, etc...)
 - La communication interne (notes d'information, mails d'information, règlements et autres documents, etc...)
 - Les comptes rendus des instances et groupes de travail et leurs annexes.
 - La partie démarche Qualité permet le pilotage des différentes actions d'améliorations lancées via les Fiches Actions Projet (FA). La visualisation des FA est accessible à tous les professionnels.
 - Une partie Gestion des Risques permet la saisie et le traitement des FEI, le suivi de la cartographie des risques et du Document Unique des risques professionnels. Tous les professionnels sont formés à la déclaration des FEI et peuvent suivre les réponses données à leur fiche.
- Maitriser la **gestion documentaire** tant sur informatique que sur papier.

Ces orientations ont pour enjeux communs une **plus grande communication et un meilleur échange d'informations** entre les professionnels avec toujours en ligne de mire **la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients**.

LE PROJET LOGISTIQUE

LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES, OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET PRIORITES :

La priorité du Projet Logistique est de **prendre en compte et de répondre aux attentes et besoins des patients.**

LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS, PROJETS ET PROGRAMMES :

Le Projet Logistique tend à **poursuivre** les objectifs suivants :

- Offrir des conditions **d'hébergement confortables** et permettant le **respect de la dignité et de l'intimité du patient.**
- **Garantir l'hygiène des locaux, du matériel et du linge** en confiant ces tâches à des sociétés sous-traitantes spécialisées, garantes de la qualité de ces prestations de service, et par le suivi et la réalisation d'évaluations par le pharmacien hygiéniste.
- **Garantir la sécurité des installations, des bâtiments et des personnes** en organisant la maintenance préventive et curative, en poursuivant la prévention et la gestion des risques et le suivi réalisé par Gestion du Matériel Assistée par Ordinateur (GMAO) notamment pour :
 - Une gestion de la qualité de l'air en réalisant la maintenance et le nettoyage des climatiseurs, des bouches d'aération et de ventilation selon une périodicité définie et suivie grâce au logiciel de GMAO.
 - Une gestion de la qualité de l'eau, par la réalisation d'analyses régulières sur l'eau potable, l'eau chaude sanitaire et l'eau pour soins standard ; par la validation de ces analyses ; par le suivi et la traçabilité des différentes actions réalisées sur le réseau d'eau via le logiciel de GMAO.
 - Une gestion de l'énergie par le suivi des différentes maintenances des matériels et du bâtiment.
 - Une gestion optimisée des déchets par le suivi du registre des déchets sortants.
- Assurer **l'approvisionnement des fournitures et matériels** nécessaires à la prise en charge logistique en fonction de **l'évaluation qualitative et quantitative des besoins du service et de l'attente des patients par l'utilisation du logiciel de gestion de stocks.**
- **Développer les achats écoresponsables en relation avec les fournisseurs.**
- Participer à la **maîtrise des coûts** et à leur budgétisation.

Le Projet Logistique tend donc à **fournir des prestations et un environnement satisfaisants et conformes à l'attente des usagers et à la réglementation.**

LE PROJET BUDGÉTAIRE ET FINANCIER

LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES, OBJECTIFS GÉNÉRAUX ET PRIORITES :

Le Projet Budgétaire et Financier de NDSG s'articule autour de trois grandes orientations :

1. LA PERENNITE DE L'ÉTABLISSEMENT.
2. LA MAITRISE DES COÛTS ET LEUR BUDGETISATION.
3. L'OPTIMISATION DES RESSOURCES ET DES MOYENS.

LES OBJECTIFS OPÉRATIONNELS, PROJETS ET PROGRAMMES :

1. LA PERENNITE DE L'ÉTABLISSEMENT.

Avant l'objectif de rentabilité, la priorité est donnée à la **pérennité de l'établissement**.

En effet, il s'agit avant tout de faire **perdurer la structure et de pérenniser son activité** de façon à pouvoir **offrir continuellement des soins de qualité** aux patients et une **activité professionnelle au personnel** travaillant au sein de l'établissement.

2. LA MAITRISE DES COÛTS ET LEUR BUDGÉTISATION.

Cette orientation se décline à travers plusieurs objectifs :

- **Répondre au plus juste et au meilleur coût aux besoins** de la structure.
- **Anticiper et prévoir les dépenses** à moyen et long terme en élaborant un plan d'investissements annuel et pluriannuel.
- **Elaborer et suivre les budgets** établis : Budget global et budget par service.
- **Mettre en œuvre une comptabilité analytique.**
- **Suivre les indicateurs de gestion.**

3. L'OPTIMISATION DES RESSOURCES ET DES MOYENS.

L'objectif est de **répartir au plus juste les ressources disponibles et les moyens** de l'établissement de façon à répondre non seulement à un souci d'efficacité mais aussi et surtout à l'**efficience de l'organisation générale** de l'activité.

Le Projet Budgétaire et Financier tend donc à répondre à l'objectif premier de l'établissement : **sa pérennité**.

CONCLUSION

La Société NDSG est une entité dévolue à la prise en charge de l'Insuffisance Rénale Chronique.

Son projet est de proposer le meilleur traitement à tous ses patients, en tenant compte des innovations dans le domaine, dans un environnement où la sécurité des soins est maîtrisée, et où la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins est permanente à tous les niveaux de fonctionnement de l'établissement.

Ce projet s'inscrit dans une démarche de coopération avec les partenaires de l'environnement sanitaire de NDSG pour optimiser la prise en charge des patients.

Les efforts effectués dans la communication interne, le management opérationnel et la formation doivent permettre aux professionnels de l'établissement de travailler dans un environnement agréable et de favoriser leur épanouissement professionnel. Leur satisfaction et la combinaison de leurs compétences sont autant de facteurs déterminant de la satisfaction des patients.

L'adhésion de chacun permet une cohésion autour d'un consensus. Chacun doit pouvoir situer son action comme concourant aux objectifs communs dans un ensemble visant la qualité et la sécurité de la prise en charge et l'épanouissement de tous.

La réussite du Projet d'Etablissement passe par le fait de fédérer des énergies, de coaliser les intelligences pour « porter » ensemble le Projet.